Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik Würzburg.
Vorstand: Prof. Dr. Seifert.

Prostataabszesse

aus den Jahren 1929—1939

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Bayer. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

zur Erlangung der

Medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Heinrich Ruhe

aus Lüsche / Oldenburg

Würzburg

C. J. Becker Universitäts-Druckerei

1939

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität Würzburg.

Referent: **Oberarzt Dr. Bahls**

Gewidmet meinem besten Freunde
Zahnarzt Dr. Meire-Göttingen

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543516_0040

Prostataabszesse aus den Jahren 1929–1939

Krankhafte Veränderungen der Prostata sind zwar recht häufig, doch kommt es in seltenen Fällen zur Bildung eines Abszesses. Bevor ich näher auf den Abszeß selbst eingehe, will ich zuerst die Anatomie der Prostata und die engen topographischen Beziehungen zu ihren Nachbarorganen erwähnen.

Die Prostata ist ein drüsig-musculärer Körper, wird hinsichtlich der Größe mit einer Edelkastanie und ihrer Umrißform mit einem Kartenherz verglichen. Man unterscheidet einen rechten und einen linken Lappen. Unbeständig ist ein zwischen diesen gelegener Mittellappen. Sie ruht mit ihrer Spitze auf dem Diaphragma urogenitale und umgibt den Anfangsteil der Harnröhre. Eine fibröse Kapsel deckt sich nach dem Mastdarm zu ab, während nach der Harnröhre zu eine Schicht von glatten Muskelfasern des Sphinkter internus den Anfangsteil der Uretra umlagert. Die Prostata selbst besteht aus etwa 30 bis 50 Drüsenläppchen, aber wir kennen außer den eigentlichen Glandulae prostaticae noch peri- und parauretrale Drüsen, die submucös und durch die Sphinktermuskulatur von der eigentlichen Prostata getrennt sind. An der Hinterwand der pars prostatica urethrae liegt der Colliculus seminalis; zu seinen Seiten münden die ducti ejaculatori. Die glandulae prostaticae haben oberhalb der Samenhügel ihre Öffnungen. Die Auskleidung der Drüsenläppchen und ihrer Ausführungsgänge besteht aus ein- oder mehrschichtigem Zylinderepithel. Diese Drüsen liefern ein milchiges, schwach alkalisches Sekret, das die Spermatozoen beweglich und befruchtungsfähig erhält. Zwischen den Drüsenschläuchen liegt noch ein weitmaschiges Lymphgefäßnetz und ein reicher Venenplexus. Daher ist es auch verständlich, daß es auf diesem Weg leicht zur eitrigen Thrombophlebitis und Sepsis kommen kann, wenn ein Prostataabszeß vorhanden ist. Die Blutversorgung der Prostata mit arteriellem Blut geschieht durch die beiden Arteriae vesicales inferiores und haemorrhoidales mediae. Das venöse Blut geht durch den Plexus prostaticus in die Vena hypogastrica. Aus den Geflechten des kleinen Beckens wird die Prostata durch Zweige des Sympathicus und Parasympathicus nervös versorgt.

Der Prostataabszeß ist wie jeder andere Abszeß das Ergebnis eines Entzündungsvorganges im Gewebe. Vorbedingung für die Entzündung und damit für die Abszedierung ist das Eindringen von Bakterien. Es gibt zwar einzelne Autoren, wie Belostotzki und Posner-Rapoport, die aseptische Abszeßbildungen für möglich halten. Infolge der verfeinerten bakteriologischen Untersuchungsmethoden ist das Gebiet der aseptischen Prozesse immer mehr zusammengeschrumpft. Auch äußere Einwirkungen, wie Stoß oder Fall auf den Damm, Radfahren und Reiten, können niemals eitrige Prozesse hervorrufen, sondern wirken vielleicht prädisponierend.

Die akuten entzündlichen Erkrankungen der Prostata kann man nach ihrem Verlaufe

I. in die katarrhalische,

II. in die follikuläre,

III. in die interstitielle oder parenchymatöse Prostatitis einteilen.

Die chronische Prostatitis ist meist die Folge der akuten, kann aber auch von vornherein einen chronischen Verlauf nehmen.

Die Infektionserreger können zur Prostata gelangen

1. durch die Harnröhre, was wohl am häufigsten der Fall ist,
2. auf dem Blutwege,
3. auf dem Lymphwege.

Bei Prostataabszessen kommt es zu Eiteransammlungen innerhalb der Prostatakapsel, indem Gewebsteile eingeschmolzen werden. Durch Schleimhautschwellung der Prostataausführungsgänge findet auch häufig eine Sekret- und Eiterverhaltung in den Drüsenräumen statt. Wir haben dann das Bild der follikulären Prostatitis vor uns. Thomsen, Finger und Jadassohn haben darauf hingewiesen, daß es sich bei dieser Erkrankung um Pseudoabszesse in der Prostata handelt.

Dieser Zustand läßt sich klinisch manchmal nicht vom eigentlichen Abszeß unterscheiden. Es ist doch wahrscheinlich, daß dieser sogenannte Pseudoabszeß leicht in einen echten Abszeß übergehen kann.

Bei der interstitiellen oder parenchymatösen Form ist insofern der Verlauf ein anderer, als sich die Eiterung weniger auf die Drüsenlumina selbst wie bei der follikulären Form beschränkt, sondern es zu einer diffusen, zelligen Durchtränkung der ganzen Drüsen, vornehmlich aber des interstitiellen Gewebes kommt. Bei ungünstigem Verlaufe kommt es zur eitrigen Einschmelzung

größerer Lappen und bei darauffolgender Ausheilung zur Vernarbung, die mehr oder weniger große Störungen nach sich ziehen können.

Als Erreger des Prostataabszesses kommen die verschiedensten Arten von Bakterien und Bazillen vor, wie z. B. Staphylokokken, Streptokokken, Colibazillen, Bakterium proteus, Gonokokken, Pneumokokken, Typhus, Gasbrand und Tuberkelbazillen.

Es ist schwierig zu sagen, welche Rolle dem Gonokokkus zuzuschreiben ist. Viele Autoren haben darüber geschrieben, aber man ist hier zu keiner Klarheit gelangt. Jedenfalls scheint es festzustehen, daß der Gonokokkus allein in den allen seltensten Fällen in Frage kommt. Wenn man ihn im Eiter des Prostataabszesses gefunden hat, dann war er fast immer mit anderen Erregern vergesellschaftet. Wenn Gonokokken in erster Linie die Erreger wären, dann müßte man auch nach den jedenfalls zahlreichen Gonorrhoeinfektionen häufig im Anschluß hieran einen Gonokokkenabszeß finden. Dem ist aber nicht so. Andere Autoren glauben, daß die Gonorrhoe gleichsam anderen Bakterien den Weg ebnet zur Bildung eines Abszesses und so eine indirekt ursächliche Wirkung besitzt. Nach Untersuchungen von Finger und Frank können sich Gonokokken viele Jahre hindurch latent in der Prostata halten, und daher auch noch lange Zeit nach der Infektion noch eine Prostatitis hervorrufen. Belostotzki sah bei 70 Prostataabszessen 34 mal Gonokokken, während Casper bei 30 Abszessen nur einmal Diplokokken feststellte, Cohn bei 12 Abszessen gar keine Gonokokken fand.

Die am häufigsten gefundenen Erreger yind Staphylokokken, Streptokokken und das Bacterium coli.

Wie schon erwähnt, ist die Harnröhre der häufigste Weg, auf dem es zum Prostataabszeß kommt. Bei vielen Infektionen des Harnapparates kommt es auch mit zur Entzündung und eventuell zur Abszedierung der Prostata. Unvorsichtige und zur unrechten Zeit gemachte Durchspülungen der Harnröhre oder häufiges Katheterisirien tragen sicher häufig mit zur Verschleppung der Erreger in die Prostata bei.

Prostataabszesse hämatogenen Ursprungs sind seltener aber gefährlicher. Sie kommen im Verlaufe verschiedenster Krankheiten vor. Man kann ruhig sagen, daß sie nach allen Krankheiten septischen Ursprungs vorkommen können; so z. B. nach Angina, Furunkulose, Osteomyelitis, Panaritien usw.

Renner meint, die Prostata habe eine ausgesprochene Neigung zur Ansiedlung von Bakterien, die im Blute kreisen. Gerade diese hämatogen entstandenen Prostataeiterungen sollen besonders

schwer verlaufen (Kappis). Weigert war einer der ersten, der auf das Vorkommen metastatischer Prozesse in der Prostata bei pyämischen Prozessen aufmerksam gemacht hat. Es ist ja auch verständlich, daß die Erreger der Primär- und Sekundärherde ein- und dieselben sind. Gerade bei Diabetikern, die häufig an Furunkulose leiden, wird man auch öfters als bei anderen Menschen Prostataabszesse antreffen. Vielfach kommt es vor, daß man von den Primärherden nichts mehr erkennt, während der Sekundärherd (Prostata) noch erkrankt ist. So wird man leicht dazu neigen, den eigentlichen sekundären Herd als primär anzusprechen.

Der dritte Weg, auf dem die Erreger in die Prostata gelangen können, ist der Lymphweg. Einige Autoren wollen diesen Weg nicht anerkennen, wie namentlich Motz, der betont hat, daß man im Bejahungsfalle ein Übergreifen vom Rektum-carcinom auf die Prostata und umgekehrt häufig beobachten müßte, was aber nicht der Fall ist. Die meisten anderen Autoren glauben, daß Eiterungsprozesse im Rektum und im Becken auf dem Lymphwege zur Prostata gelangen können.

Die klinischen Erscheinungen der Prostataabszesse sind sehr mannigfaltig und verlaufen nicht immer gleich. Daher ist es auch zu verstehen, daß viele Abszesse nicht erkannt oder zu spät erkannt werden. Da manche Erkrankungen, wie z. B. die Entzündungen und Tumoren der Prostata, Eiterungen im Becken, ja Appendizitis unter ähnlichem Bilde verlaufen können, ist eine genaue Untersuchung unerläßlich. Oft bringt die rektale Untersuchung des Rätsels Lösung. In vielen Fällen kann man nicht umhin, eine Punktion vorzunehmen, um nachzusehen, ob Eiter in der Prostata enthalten ist.

Besonders erschwerend für die Diagnose ist der Umstand, daß keinesfalls immer Fieber vorhanden ist. Casper schreibt in seinem Lehrbuche der Urologie, daß er mehr Abszesse ohne als mit Temperatursteigerung gesehen habe. Hinrichsen sah in 34 Fällen 10 ohne Fieber. Das Gewöhnlichste war eine Abendtemperatur von 39°.

Unter den lokalen subjektiven Symptomen stehen im Vordergrunde lebhafte Schmerzen am After und Darm, die sich besonders bei der Defäktion steigern und bald zu unerträglichem Tenesmus führen. Dazu gesellt sich Urinverhaltung, dessen Überwindung Anstrengung kostet und nur unter Schmerzen möglich ist. Die Dysurie kann sich bis zur völligen Retentio steigern. Der Kranke kommt dann schließlich zum Arzt mit einer ad maximum ausgedehnten Blase, die bis zum Nabel und darüber hinaus zu fühlen ist (Hinrichsen). Man hat beobachtet, daß die kleineren Ab-

szesse des Zwischenlappens meist zur Harnröhre hin vordringen, und damit Beschwerden in der Harnröhre hervorrufen, während die größeren Abszesse sich im Seitenlappen befinden und zum Rektum hin ihren Weg bahnen. Nach dem Sitz des Abszesses und nach der Ausbreitungstendenz können entweder die Schmerzen beim Stuhlgang oder beim Wasserlassen größer sein. Die Stärke der Schmerzen richtet sich aber nicht nach der Größe des Abszesses.

Die rektale Untersuchung ist meist schmerzhaft, besonders bei der Palpation der Prostata, ja schon das Eindringen in den krampfhaft kontrahierten Sphinkterenring empfindet der Patient als äußerst unangenehm. Die Prostata kann als Ganzes oder nur zum Teil vergrößert sein. Entwickelt sich der Abszeß zum Rektum hin, und ist er nicht weit vom Darm entfernt, so hat man meistens das Gefühl einer Fluktuation. Die Ränder fühlen sich dann oft wallartig und hart an. Breitet sich aber der Abszeß mehr zur Harnröhre hinaus, oder ist er von einer derben fibrösen Kapsel umgeben, und steht der Abszeß dazu noch unter hohem Druck, dann zeigt die vom Rektum aus fühlbare Vorwölbung eine pralle Konsistenz. Die Diagnose kann in diesem Falle schwer zu stellen sein. Wie schon erwähnt, ist eine Probepunktion unerläßlich; sie wird entweder vom Rektum aus (Casper) oder besser vom Damm aus unternommen.

Als Komplikationen des Prostataabszesses sind der Durchbruch in die Urethra, ins Rektum, die Beckenphlegmone und vor allem die allgemeine Sepsis zu fürchten. Der Durchbruch in die Urethra oder ins Rektum ist weniger gefährlich als die beiden letzten genannten Komplikationen. Die schubweise Entleerung aus der Urethra verrät häufig den ersten Fall. Selbst beim gewöhnlichen Katheterisieren kann es manchmal zu diesem Durchbruch kommen, welches ja auch leicht verständlich ist, da die Harnröhrenwand der pars prostatica sehr zart ist. Im günstigen Falle ist dies der Beginn der Heilung, im ungünstigen dagegen kann es zu schwerer Zystitis und Pyelonephritis kommen. Ferner kann sich in den Abszeßhöhlen der Prostata urin ansammeln, sich zersetzen und so die Heilung verhindern.

Bricht der Abszeß zum Rektum durch, was seltener ist, da die Drüse durch dickes Bindegewebe daran gehindert wird, dann können sich diese gebildeten Fisteln lange Zeit halten, manchmal sogar für immer bestehen bleiben. Außerdem kann sich ein sehr hartnäckiger Katarrh der Rektumschleimhaut anschließen.

Im dritten Falle kann der Eiter auch seinen Weg nach dem Perineum und Skrotum suchen, manchmal gar in das Cavum ischiorektale einbrechen und den Mastdarm umspülen. Seltener nimmt

er den Weg nach oben und erscheint an der vorderen Bauchwand zwischen Blase und Symphyse, oder in der Inguinalgegend über dem Ligamentum Pouparti. Ferner kann der Eiter durch das Foramen obturatorium oder ischiadicum seinen Weg nach dem Oberschenkel bahnen und hier zu Abszessen an der Innenseite des Hüftgelenkes und der Trochantergegend führen. Die Folge davon ist häufig eine Versteifung des Hüftgelenks.

Ein sehr ernster Zwischenfall wäre der Durchbruch in die Blut- oder Lymphbahnen mit anschließender allgemeiner Sepsis.

Als spätere Folge der Prostataeiterung ist noch die Impotentia generandi zu nennen (Hinrichsen). Die Spermien können nur im Prostatasekret längere Zeit am Leben bleiben. Die Impotentia generandi kommt also wohl dann nur zustande, wenn die ganze Prostata der Eiterung zum Opfer gefallen ist, was meistens ja nicht geschieht. Casper schreibt, er habe eine große Zahl Kranke gesehen, die Prostataabszesse gehabt und später noch Kinder gezeugt hätten.

Die Therapie der Prostatabszesse war früher mehr eine abwartende. Dabei nahmen dann die Abszesse ihren typischen Weg. Heute wird grundsätzlich so früh als möglich operativ eingegriffen und der Abszeß entleert. Es sind zu diesem Zwecke mehrere Operationsmethoden angegeben.

Die älteste Methode ist die Eröffnung des Abszesses vom Darm aus. Sie ist ziemlich einfach, aber hat den Nachteil, daß man nicht steril operieren kann, und die Operation selbst sehr unübersichtlich ist. Heute nimmt die Mehrzahl der Chirurgen den Weg vom Damm aus

a) mittels Perinealschnitt durch die hintere Harnröhre (Boutoniere),

b) durch Ablösen des Rektums von der Harnröhre,

c) seitlich dicht neben dem aufsteigenden Ast (nach Wilm).

Die Operation selbst wird hier in der Klinik in Sacral- und Lumbalanästhesie in Steinschnittlage ausgeführt. Der Hauptschnitt wird bogenförmig 1½ bis 2 cm vor dem Anus angelegt mit Konkavität nach hinten. Die vom Sphinkter zum Bulbocavernosus ziehenden Muskelbündel werden durchtrennt, stumpf in Richtung der Prostata vorgegangen und die Eiterhöhle stumpf eröffnet. Anschließend folgt Drainage und Tamponade.

Das Drain wird, sobald die Sekretion nachläßt, entfernt und die Wunde dann nur noch oberflächlich durch Gaze offengehalten. Salbenverbände werden die Wunde bald endgültig zum Heilen bringen. Urin- und Kotfisteln werden natürlich die Dauer der

Heilung bedeutend verlängern. Durch Ätzungen, Auskratzungen, Bäder und entsprechende Verbände wird man auch hier in den meisten Fällen zum Ziele kommen.

Anschließend möchte ich über 17 Fälle von Prostataabszessen berichten, die in den letzten 10 Jahren hier in der Würzburger Klinik behandelt wurden.

Fall 1. Patient, 67 Jahre.

Einlieferung in die Klinik am 12. 3. 30.

Patient gibt an, er habe mit 17 Jahren Typhus gehabt. Leide schon seit langer Zeit an Obstipation. Im Frühjahr 1881 habe er einen Unfall erlitten. Beim Tragen von Bauholz sei er in die Knie gestürzt. Als er das Holz abwerfen wollte, um sich wieder auf die Beine stellen zu können, sei das Holz zu kurz gefallen und habe ihn im Rücken (Lendengegend) getroffen. Es seien sowohl im Rücken, wie in den Beinen Schmerzen aufgetreten, die ihn veranlaßt hätten, sich in das Juliusspital nach Würzburg zu begeben. Dort sei er drei Monate behandelt worden. Seit dieser Zeit habe er starke Gehstörungen. Seit ungefähr 1½ Jahren merke er, daß er öfters als gewöhnlich Wasserlassen müsse. Nach ½ Jahr hätten sich die Beschwerden ständig gesteigert, und es wäre auch beim Wasserlassen in der Harnröhre ein leichtes Brennen aufgetreten. Ebenfalls merke er beim Bücken und Wiederaufrichten ein spannendes Gefühl vorne in der Gegend der Harnblase und hinten in der Nierengegend. Er müsse jetzt am Tage unerträglich oft, in der Nacht alle drei Stunden Wasserlassen, jedoch immer nur eine geringe Menge. Am Sonntag, den 9. 3. 1930 habe er abends Blut im Urin bemerkt. Am 12. 3. sei er dann in die Chirurgische Klinik gegangen.

Befund: Patient ist ein kräftiger, fettleibiger Mann. Schleimhäute sind wenig durchblutet; er besitzt ein schläfriges Wesen.

Lungengrenzen tief und kaum verschieblich. Das Herz ist verbreitert. Zweiter Aortenton akzentuiert, Puls hart, 90 regular. Abdomen sehr fettreich, Bauchreflexe nicht auslösbar. Babinski beiderseitig +; Oppenheim +.

Rektal: Kleine, nicht druckschmerzhafte Prostata, Sensibilität im Unterbauch und an den Oberschenkeln teilweise herabgesetzt. An beiden Beinen spastische Parese leichten Grades vorhanden. Cystoskopie: Orificium externum sehr eng, daher nur mit einem Kindercystoskop die Untersuchung möglich. Die Kapazität der Blase beträgt 300 ccm. Klarspülung der Blase unmöglich, da im Fundus überall bis markstückgroße Fibrinmembrane und einzelne nicht unterminierte Ulcera vorhanden sind. Es entleert sich aus der linken Urethra klarer Urin. Rechts nicht feststellbar. Temperatur beträgt bei Einlieferung 38,6°. Am nächsten Tage fällt sie bis auf 36,7°. Der Urin ist alkalisch, enthält viele Leukozyten, Erythrozyten und Stäbchenbakterien; am 14. 3. ist nur geringe Veränderung feststellbar. Bouchierung des Orificium externum nebst täglicher Spülungen mit Rivanol werden vorgenommen, aber trotzdem ist kaum eine Besserung der Urinbeschaffenheit wahrnehmbar. Die Somnolenz des Patienten nimmt zu. Am 20. 3. ist deutlich zunehmende Verschlechterung des Allgemeinzustandes wahrnehmbar. Am 25. 3. reagiert der Patient kaum noch auf Anruf. Unter ständigem Nachlassen der Herzkraft um 18 Uhr Exitus letalis.

Sektionsbefund: Prostataabszeß, Hypertrophie der Harnblase, beiderseitige Erweiterung der Urethra und des Nierenbeckens. Eitrige Cystitis, jauchige Urethritis und Pyelitis.

Mikroskopischer Befund: Im rechten Lappen der Prostata sind eitrige Prozesse nachweisbar. Die Herde der rechten Niere sind subchronische eitrige Entzündungen. In dem Harnkanälchen trübe Schwellung nachweisbar. Im Dorsal- und Lumbalmark sind symmetrisch graue Degenerationen der Pyramiden- und Seitenstränge mit starker Lichtung der Fasern und reichlicher Gliavermehrung zu finden.

Es handelt sich hier um einen Prostataabszeß, der im Anschluß an eine Cystitis entstanden ist. Infolge der Degeneration im Rückenmark war es zu Lähmungen in den Beinen und in der Blase gekommen.

Fall 2. Patient, 20 Jahre.

Einlieferung in die Klinik am 5. 12. 1930.

Patient bemerkte seit etwa 8 Tagen Schmerzen am After, besonders beim Stuhlgang. Es wäre kein Fieber und kein Blutabgang beim Stuhl vorhanden und früher wäre er auch nie ernstlich krank gewesen.

Befund: Patient ist mittelgroß und stark. Haut und Schleimhaut blaß, Herz und Lungen o. B.

Leib ist aufgetrieben, weich und keine Druckempfindlichkeit vorhanden. An der hinteren Kommissur am Anus befindet sich ein erbsengroßer, bläulich verfärbter Hämorrhoidalknoten. Seit 2 Tagen ist eine Temperatur von 38,5° und Schmerzen beim Wasserlassen vorhanden. Prostata von gut Kastaniengröße, sehr druckempfindlich und links eine Fluktuation wahrzunehmen.

Diagnose: Prostataabszeß.

Operation: Durch einen bogenförmigen Schnitt über dem Damm wurde die Urethra freigelegt. Bei stumpfem Vorgehen in die Tiefe kam man in einen Eiterherd von Hühnereigröße, der auch teilweise außerhalb der Prostata gelegen war. Darauf folgt Entleerung des Abszesses mit nachfolgender Drainage und Verband. Der Eiter enthielt Staphylokokken.

15. 12. Reichlicher Eiterabfluß; Urinlassen ungestört.

22. 12. Nur noch wenig Absonderung.

8. 1. 1931 wird der Patient entlassen, da die Wunde gut aussieht, Temperatur normal und das Allgemeinbefinden ausgezeichnet ist. Die Operation verlief ohne Komplikationen und Patient konnte in kürzester Zeit entlassen werden. Infolge des jugendlichen Alters war ja auch die Prognose von vornherein als günstig zu bewerten.

Der Prostataabszeß ist in diesem Fall hämatogenen Ursprungs. Infolge der Blutstauung im Becken (Hämorrhoidalknoten) konnten die durch kleine Verletzung vom Darm aus oder auf andere Art ins Blut gelangenden Bakterien deshalb leicht in der Prostata abgelagert werden.

Fall 3. Patient, 51 Jahre.

Einlieferung in die Klinik am 4. 2. 1931.

Er gibt an, daß sein Vater an Kehlkopftuberkulose, die Mutter an Venenentzündung gestorben sei. Er sei verheiratet und habe keine Kinder. Als Kind habe er die Masern gehabt, mit 14 Jahren am linken Knie Tuberkulose, mit 20 Jahren Diphtherie durchgemacht. Seit etwa 1 Monat bemerke er einen Druck beim Wasserlassen und habe häufigen Urindrang. Ferner habe er ein Völlegefühl in der Blase, aber es sei jedesmal nur wenig Urin gekommen.

Befund: Großer Mann mit gutem Aussehen. Ödeme sind nicht vorhanden. Im Unterbauch sind auf Druck unerträgliche Schmerzen mit Ziehen im Darm vorhanden. Rektal fühlt man an den Vorderrand eine diffuse bretthafte Infiltration, die sehr druckschmerzhaft ist. Die Prostata läßt sich nicht abgrenzen. An einer Stelle ist deutlich eine Fluktuation wahrnehmbar. Der Sphinkter ist stark gespannt, die Temperatur beträgt 39,2°.

Diagnose: Prostataabszeß.

In Äthernarkose wird ein Bogenschnitt am Damm angelegt. Darauf folgt stumpfes Vordringen nach der Prostata zu. Dabei reißt der brüchige Darm ein und man kommt in das Darmlumen. Bei weiterem Vordringen mit der Kornzange entleert sich massenhaft nicht stinkender Staphylokokkeneiter. Darauf Drainage, Tamponade und Verband.

Am 8. 2. 31 ist die Temperatur langsam abgefallen. Patient hat keine Beschwerden, auch nicht beim Urinieren.

Am 19. 2. 31 wird Drain entfernt, und zur besseren Heilung des Darmrisses oberhalb des Sphinkters eine Dehnung desselben vorgenommen. Bis zum 12. 3. 31 bessert sich langsam das Befinden. Die Wunde läßt die Sekretion nach und ist nunmehr ganz klein. Die Darmverletzung hat noch die Größe eines Pfennigstückes. Da der Patient nach Hause will, wird er am 16. 3. 1931 entlassen und weiter in ambulante Behandlung gegeben.

Es ist leider nichts über den weiteren Verlauf bekannt geworden. Derartige Darmverletzungen können sich zu Kotfisteln ausbilden und bei nicht entsprechender Behandlung lange Zeit bestehen bleiben. Der Abszeß hatte schon seine natürliche Grenze, nämlich die bindegewebige Kapsel, welche die Drüse umgibt, überschritten. Er hatte sich einen Weg zum Darm hin gewählt.

In diesem Falle ist eine hämatogene Entstehung des Abszesses anzunehmen, da der Patient keine Cystitis bzw. Urethritis gehabt hat und keinerlei Gründe für eine Entstehung des Abszesses vom Urogenitalsystem aus vorhanden sind. Vielleicht spielen die Kinderkrankheiten Masern, Diphtherie und Tuberkulose hier eine Rolle mit.

Fall 4. Patient, 50 Jahre.

Patient machte folgende Angaben: Sein Vater wäre mit 50 Jahren an Hirnschlag, die Mutter mit 56 Jahren an Brustkrebs gestorben. An Kinderkrankheiten habe er Scharlach und Diphtherie gehabt. Mit 16 Jahren eitrige Mandelanschwellung. 1926 sei er an Sepsis erkrankt gewesen, ausgehend von den Mandeln. Am 27. 2. 1931 im Anschluß an eine Autofahrt habe er Kopfschmerzen, allgemeine Mattigkeit, Glieder- und Gelenkschmerzen bekommen mit hohem Fieber. Vom 11. 3. 1931 bis zum 13. 4. 1931 sei er in der medizinischen Abteilung gewesen. Am 13. 4. 1931 sei er in die Chirurgische Klinik gebracht zwecks Operation eines Prostataabszesses.

Befund: Patient ist in mäßigem Kräftezustand. Temperatur beträgt 39°. Abdomen ist weich, Druckschmerzhaftigkeit ist nirgends nachweisbar. Bei der Rektaluntersuchung wird ein Prostataabszeß festgestellt und daher noch am selben Tage die Operation vorgenommen. In Narkose wird ein bogenförmiger Prärektalschnitt gemacht und das Septum perineale durchtrennt. Stumpfes Vordringen zwischen Rektum und Urethra legt die Prostata frei. Die Punktion ergibt dickflüssigen, gelben Staphylokokkeneiter. Darauf Eröffnung des Abszesses mittels einer Kornzange, und es entleert sich nochmals reichlich dicker Eiter. Anschließend

wird ein Gummidrain in die Abszeßhöhle gelegt und mit Vioformgaze tamponiert. Am 14. 4. erfolgt spontane Urinentleerung; aber Patient klagt über brennende Schmerzen beim Wasserlassen. Am 18. 5. wird Drain und Tampon entfernt. Nachdem die Temperatur zur Norm zurückgegangen und das Allgemeinbefinden gut ist, wird Patient am 22. 4. 1931 entlassen.

Es handelt sich in diesem Falle um einen Abszeß hämatogenen Ursprungs im Anschluß an eine septische Erkrankung nach der Autofahrt des Patienten. Die Bakterien sind vermutlich vom Lymphgefäßsystem (Mandeln) aus ins Blut gelangt, zumal da der Patient ja auch schon im Jahre 1926 eine allgemeine Sepsis gehabt hatte, die von eitrigen Mandeln ausgegangen war.

Fall 5. Patient, 45 Jahre alt.

Einlieferung in die Klinik am 16. 4. 1931.

Er erklärte, daß sein Vater mit 60 Jahren an Lungenentzündung, die Mutter mit 50 Jahren an derselben Krankheit gestrorben sei. Er selbst habe Rippenfellentzündung gehabt, sonst sei er niemals ernstlich krank gewesen. Seit längerer Zeit könne er nicht richtig urinieren. Er könne nur noch wenig Wasserlassen, habe häufigen Harndrang und dabei nur geringe Entleerung. Schmerzen seien dabei nicht vorhanden gewesen. Er sei vom Arzt täglich zweimal katheterisiert worden, und jetzt sei er wegen Prostatahypertrophie und Verdacht auf Blasensteine eingewiesen.

Befund: Patient ist in gutem Kräfte- und Ernährungszustand. Temperatur beträgt 37°. Die Blase ist stark gefüllt. Der Fundus steht genau in der Mitte zwischen Blase und Symphyse. Patient hat starken Harndrang, kann aber nicht urinieren. Die Prostata ist gänseeigroß und am oberen Rande hart. Am unteren dagegen ist geringe Fluktuation feststellbar.

Am 18. 4. 1931 wird in Äthernarkose die Operation vom Damm her unternommen zwecks Eröffnung des Prostataabszesses. Bei der Incision der Prostata entquillt viel gelber Staphylokokkeneiter. Anschließend folgt Drainage und Tamponade. Patient erhält Blasenspülungen und Sitzbäder.

Am 25. 4. ist die Sekretion nur noch gering und die Wunde beginnt sich zu schließen.

Am 9. 5. wird der Patient entlassen und in weitere ambulante ärztliche Behandlung gegeben.

Da Verdacht auf Tbc. bestand, ist Eiter daraufhin untersucht worden, ergab aber keinen positiven Befund. Die Diagnose war schwer zu stellen, da kein Fieber vorhanden war und die Prostata bei genauer Untersuchung nur geringe Fluktuation zeigte, sonst allgemein vergrößert und sehr hart war. Es geht hieraus hervor, daß schon seit längerer Zeit eine Prostatahypertrophie vorhanden gewesen ist. Durch das wiederholte Katheterisieren des Patienten ist es zur Infektion und damit zur Bildung des Prostataabszesses gekommen.

Fall 6. Patient, 41 Jahre.

Einlieferung in die Klinik: am 7. 3. 1933.

Er gibt an, er habe während des Krieges 4—5 Wochen im Lazarett gelegen wegen Blasenentzündung. Er habe die Blase nur stoßweise und unter Schmerzen entleeren können. Der Urin sei braun und trüb gewesen. Jetzt merke er seit längerer Zeit, daß sein altes Leiden wieder auftrete. Er habe Schmerzen beim Urinlassen und müsse stark pressen. Der Urin sei schleimig, ziehend und habe nach „faulen Eiern“ gerochen. Beim

Gehen habe er Schmerzen in der Aftergegend. Die Stuhlentleerung verursache ebenfalls Schmerzen und ohne Einlauf gehe es nicht. Die Farbe des Stuhles sei grau, Blut habe er nicht darin bemerkt. Fieber sei nicht dagewesen und Appetit habe er in letzter Zeit wenig gehabt.

Befund: Patient ist sehr mager. Blase steht gefüllt 4 Querfinger unterhalb des Nabels. Das Abdomen ist weich. Bei rektaler Untersuchung fühlt man den linken Prostatalappen stark vergrößert und druckempfindlich. Man fühlt eine fast flache hervorspringende schiefe Ebene von der Mitte ausgehend, die sich nach der linken Seite hinzieht. An dem unteren Rand ist deutlich eine etwa walnußgroße Fluktuation in der gänseeigroßen Geschwulst feststellbar. Im Urin findet man mehrere Male Leukozyten.

Am 8. 3. 1933 wird eine Operation vorgenommen. In Ätharnarkose wird etwa 2 Querfinger über dem Anus senkrecht zum Damm auf den in der Urethra liegenden Katheter eingegangen. Nachdem der Bulbus freigelegt ist, wird zunächst ohne Erfolg links punktiert. Nach weiterem Freilegen des linken Prostatalappens gelingt es unter Leitung des ins Rektum eingeführten linken Zeigefingers durch Punktion rahmigen grünen Staphylokokkeneiter zu erhalten. Entlang der Punktionsleitung wird mit der Kornzange der etwa hühnereigroße Abszeß eröffnet. Anschließend wird drainiert, tamponiert und Verband angelegt. Darauf werden in den nächsten Tagen Blasenspülung gemacht. Die Verbände werden inzwischen gewechselt und die Wunde gereinigt. Auf diese Weise bessert sich das Allgemeinbefinden des Patienten ziemlich schnell. Die Wunde verkleinert sich und am 30. 3. steht der Patient auf. Die Entlassung aus der Klinik erfolgt am 10. 4. 1933.

Beschwerden sind nicht mehr vorhanden, der Urin ist klar und das Wasserlassen macht auch keine Beschwerden mehr.

In diesem Falle kann wohl kein Zweifel darüber bestehen, daß die Erreger ihren Weg durch die Harnröhre genommen haben. Im Anschluß an eine Urethritis und Cystitis ist es zur Infektion und damit zum Abszeß der Prostata gekommen. Auffallend ist ferner noch, daß auch hier kein Fieber vorhanden war, welches ja beim Prostataabszeß auch nicht unbedingt vorhanden sein muß. Ferner erkennt man hieraus, daß man es nicht mit dem ersten Punktionsversuch gut sein lassen soll, wenn ein begründeter Verdacht auf Prostataabszeß vorliegt.

Fall 7. Patient, 32 Jahre.

Einlieferung in die Klinik am 21. 8. 1933.

Patient gibt an: Sein Vater sei mit 48 Jahren, seine Mutter mit 54 Jahren an Krebs gestorben. Seine Kinder seien gesund. Er selbst habe als Kind Rachitis gehabt; sonst sei er nie ernstlich krank gewesen. Am 6. 8. habe er Schmerzen in der rechten Bauchseite bekommen, die stechend und an nur kleiner Stelle vorhanden gewesen seien. Am 9. 8. habe er nach einer Motorradfahrt „schweren Kopf“ und 39° Fieber bekommen. Ebenfalls sei ein Brennen beim Wasserlassen in der Harnröhre verspürbar gewesen. Der zugezogene Arzt habe zuerst an eine Pyelonephritis gedacht, später aber, da er die typische Druckempfindlichkeit am Mac Burney festgestellt habe, sei er in die Klinik Creglingen geschickt worden, wo man ihm den Blinddarm entfernt habe. Die Wunde sei gut geheilt. Da aber wieder Fieber aufgetreten sei, wäre er auf eigenen Wunsch in die Klinik nach Würzburg verwiesen.

Befund: Patient ist mittelgroß und von gutem Aussehen. Sein Kopf ist ein typischer Turmschädel. Thorax ist schmal nach lateral rachitisch

vorgewölbt. Lungengrenzen sind gut verschieblich. Hinten rechts unterhalb der Scapula ist handtellergroße Dämpfung und verschärftes Expirium feststellbar.

Abdomen: gut verheilte Appendektomienarbe, ohne Reizung und Druckschmerz. Bauchdecken sind weich, nicht druckempfindlich.

Rektalbefund: Prostata ist weich, wird beim Betasten als etwas druckempfindlich angegeben.

Am 21. 8. 1933 wurden im Blut 17800 Leukozyten festgestellt; Urin war sauer und enthielt ebenfalls Leukozyten. Bei der Dreigläserprobe waren auch bei der dritten Probe noch Bakterien (Staphylokokken, Streptokokken) nachweisbar. Patient klagte über äußerst starkes Brennen und Schneiden beim Wasserlassen.

Am 25. 8. ist die Temperatur dauernd 38°. Bei rektaler Untersuchung fühlt man jetzt deutlich die linke Prostatahälfte kugelig vorgewölbt, fluktuierend und druckempfindlich.

Diagnose: Prostataabszeß.

Durch den schon vorher erwähnten Bogenschnitt am Damm vor dem Anus und durch stumpfes Vordringen in die Tiefe gelangt man zur Prostata, aus der auch in Mengen dicker schmutziggelber Eiter fließt. Anschließend Drainage und Tamponade. Nach vorübergehendem Anstieg der Temperatur tritt am 30. 8. gutes Allgemeinbefinden ein. Stuhlgang ist gut; Temperatur normal. Es folgen täglich Blasenspülungen mit Sitzbädern und Salbenverbänden, wodurch die Wunde gut heilt. Dadurch wird es ermöglicht, daß der Patient am 30. 9. zur Entlassung kommt.

Wie schon vorher erwähnt, verlaufen manche Krankheiten unter dem klinischen Bilde des Prostataabszesses, wie hier die Appendizitis. Bei seiner Motorradfahrt hatte der Patient sich eine Urethritis und Zystitis zugezogen und im Anschluß hieran war eine Entzündung mit Abszedierung der Prostata eingetreten. Die Diagnose der Appendizitis war also zu unrecht gestellt worden.

Fall 8. Patient, 77 Jahre alt.

Einlieferung in die Klinik am 1. 2. 1934.

Patient erzählt, er habe am 23. 12. 1933 Grippe gehabt. Im Anschluß daran einen Blasenkatarrh bekommen. Der Urin sei verfärbt gewesen; manchmal habe das Wasserlassen Beschwerden gemacht und es sei nur tropfenweise etwas gekommen.

Befund: Patient ist seinem Alter entsprechend sehr rüstig und in gutem Allgemeinzustand. Bei rektaler Untersuchung wurde eine deutlich vergrößerte Prostata festgestellt, die mäßig derb, von glatter Oberfläche und nicht druckempfindlich war. Sie wölbt sich als flache Erhebung in das Mastdarmlumen vor. Oberhalb der Prostata ist nichts Krankhaftes zu finden. Temperatur beträgt 36,9°, Puls 80. Urin ist schmutzig gelb, sehr trübe und mit dicken Fibrinflocken vermischt. Es wurden Blasenspülungen gemacht mit Argolaval und Kamillosan steigernder Konzentration. Auch Urotropin wurde angewendet. Im Harn, der sauer reagiert, wurden viel Erythrozyten und Leukozyten gefunden. Bei der Zystoskopie entdeckte man eine diffus gerötete, narbige Balkenblase mit tiefen Buchten und Divertikeln. Es wurde ferner eine Röntgenuntersuchung der Blase vorgenommen, bei der die Blase mit 200 ccm Sauerstoff gefüllt wurde. Die Blase bildete sich im Röntgenbilde gut ab. Im Bereich derselben befinden sich mehrere wolkige Schatten. Blasensteine kann man jedoch nicht entdecken.

Da eine Besserung nach dem ganzen Befunde ohne Anlegung einer Blasenfistel nicht zu erwarten war, wurde die Operation am 12. 3. 34 durchgeführt mit Anlegung einer suprapubischen Blasenfistel. Bei der Spülung entleerte sich schleimig rahmiger Eiter in großen Mengen, der von einem in die Blase perforierten Prostataabszeß herrührte. Der Eiter enthielt eine Mischflora von Colibazillen, Streptokokken und Staphylokokken. Die Temperatur wurde jetzt normal, nachdem sie sich am Tage vor der Operation zwischen 37 und 38° bewegt hatte. Nach und nach bessert sich das Allgemeinbefinden des Patienten. Es geht zwar sehr langsam vorwärts. Die Entzündung der Blase geht zurück und auch die Beschwerden lassen nach. Patient wird am 3. 4. 1934 entlassen.

Die Infektion der Prostata vom Urogenitalsystem aus steht ohne Zweifel fest. Die richtige Diagnose war erst mit dem Einbrechen des Abszesses in die Blase erkannt worden. Alle Anzeichen sprachen ja für eine Cystitis dann noch, als man keine Steine fand. Die Proostata zeigte keine Fluktuation, war derb und nicht druckempfindlich, welche sonst die Hauptmerkmale des Abszesses sind.

Fall 9. Patient, 58 Jahre alt.

Einlieferung in die Klinik am 16. 2. 1934.

Er macht folgende Angaben: Seit etwa 8 Tagen habe er eine entzündliche Schwellung und Abszeßbildung in der rechten Achselhöhle, der vom praktischen Arzt als Schweißdrüsenabszeß eröffnet worden sei. Seit zwei Tagen habe er Schwellung und Abszeßbildung auch in der linken Achselhöhle, rechten Vorderarm und Fuß.

Befund: Patient ist ein großer, fettleibiger, ziemlich unbeholfener Mann von blasser Hautfarbe. Beim Lungenbefund sind bronchitisches Atmen beidseitig und einzelne feuchte R. G. zu hören. Der Bauch ist aufgetrieben und nirgends Druckschmerz vorhanden. Sonst weist der Allgemeinbefund keine Besonderheiten auf. Temperatur beträgt 39,5°, Puls 108. Der Abszeß in der linken Achselhöhle wird ebenfalls eröffnet. Am rechten Vorderarm und am Fuß sind deutliche Entzündungserscheinungen zu sehen, aber keine Fluktuation festzustellen. Im Blut wurden hämolytische Staphylokokken gefunden. Im Urin waren Erythrozyten, Leukozyten, Epithelien zu finden; die Reaktion derselben war sauer. Fehling und Nylander +.

Am 17. 2. wurde auch noch am rechten Vorderarm und Fuß incidiert; es quoll Eiter aus der Tiefe hervor; der Zustand des Patienten verschlimmert sich immer mehr. Die Atmung wird mühsam, Temperatur steigt an, der Bauch wird stark aufgetrieben, der Stuhlgang ist angehalten und es treten Ödeme in den Beinen auf.

Am 20. 2. wird rektal untersucht, aber der Finger dringt infolge des enormen Fettpolsters nur wenig in die Tiefe. Daher ist ein genauer Befund nicht zu erheben. Da der Bauchumfang immer größer wird, ohne peritonitische Erscheinungen, legt man eine Enterostomie an. Operation ist ohne Erfolg, Patient stirbt am 24. 2.

Bei der Sektion zeigt es sich, daß außer den Abszessen in der Achselhöhle am Arm und am Fuß noch ein Nierenabszeß und ein zentraler Prostataabszeß vorhanden war. Diabetiker haben bekanntlich ja besonders unter Furunkulose und Abszesse zu leiden. Die Pyämie ist von dem Schweißdrüsenabszeß der Achselhöhle ausgegangen. Von hier aus wurde der ganze Körper von Bakterien überschwemmt und so kam es dann schließlich auch zu einem Prostataabszeß. Hier handelt es sich also um eine hämatogene Entstehung.

Fall 10. Patient, 32 Jahre alt.

Einlieferung am 11. 2. 1935.

Nach seinen Angaben hat er seit etwa 14 Tagen langsam zunehmende Beschwerden beim Stuhlgang. Ebenso mache ihm das Wasserlassen Beschwerden, da er immer stark pressen müsse. Bei rektaler Untersuchung stellt man an der Hinterwand ein kirschgroßes bewegliches Hämorrhoidalknötchen fest. Die Prostata ist etwas vorgewölbt, etwa hühnereigroß, nicht druckschmerzhaft und läßt sich gegen die Umgebung nicht leicht abgrenzen. Der obere Pol ist weich und zeigt geringe Fluktuation. Der untere Teil ist derber. Das Präputium penis läßt sich nicht über die Glanz streifen, da es fast völlig verwachsen ist. Die Öffnung beträgt ca. 2 cm. Temperatur 38°. Pulsfrequenz 100.

Diagnose: Prostataabszeß.

Am 13. 2. 35 wird die Operation vom Damm her nach der üblichen Methode vorgenommen. Nach Entleerung des Abszesses folgt Drainage und Tamponade. Der Abszeßeiter ergibt Staphylokokken. Am 16. 2. wird die Phimose behandelt und zu diesem Zwecke ein Teil des nicht verwachsenen Präputiums excidiert. Die Wunden zeigen gute Heiltendenz; der Kranke fühlt sich wohl. Die Temperatur ist normal. Patient wird am 5. 3. entlassen.

Er wurde aber am 24. 3. 38 wieder eingeliefert mit der klinischen Diagnose: „Hodensackphlegmone, Sepsis". Er wurde noch am selben Tage operiert und der Eiter aus dem Hodensack entfernt. Trotz anfänglicher Besserung starb der Patient nach einigen Tagen.

Die Sektion ergab: multiple Lungenabszesse und Prostataabszesse. Die in der Blase und in der Prostata vorhandenen Knötchen, welche makroskopisch den Verdacht einer Tuberkulose erweckt hatten, stellten sich bei der histologischen Untersuchung als kleine Abszesse heraus.

Die Blutstauung (Hämorrhoidalknoten) spricht für eine hämatogene Entstehung des Prostataabszesses. Dieser aber hat zur Hodensackphlegmone und zur allgemeinen Sepsis geführt. Man sieht wieder an diesem Fall, wie wichtig es ist, einen Abszeß rechtzeitig zu diagnostizieren und für eine genügende Entleerung zu sorgen.

Fall 11. Patient, 37 Jahre alt.

Einlieferung am 6. 4. 1935.

Er kommt von der Medizinischen Klinik zur Chirurgischen, gibt an, daß er wiederholt Blasenleiden gehabt habe. Deswegen sei er auch in der Medizinischen Klinik gewesen. Er merke ein Brennen beim Wasserlassen, Druck in der Blasengegend und zuweilen sei auch der Stuhlgang schmerzhaft. Urin sei trübe und es seien wiederholt kleinere Konkremente abgegangen.

Am 3. 4. 35 sei er zur Medizinischen Klinik gekommen. Es sei dort eine Zystitis (bacterium coli) festgestellt worden und bis zum 16. 4. behandelt worden. Da aber die Cystoskopie in der Medizinischen Klinik nicht gelungen war, schöpfte man Verdacht auf einen Blasentumor. Patient wurde mit einer Temperatur von 36,5° in die Chirurgische Klinik eingeliefert.

Befund: Bei der rektalen Untersuchung ist die Prostata etwas vergrößert und fühlt sich an einer Stelle weich an. Der Druck auf die Prostata ist sehr schmerzhaft. Es entleert sich dabei aus der Harnröhre dünnflüssiger Eiter. Jetzt gelingt auch die Cystoskopie und man sieht, daß die Schleimhaut der Blase diffus gerötet ist. In der Prostatagegend und in der Gegend des Orificium internum tritt eine trübblutige Flüssigkeit

aus, deren Herkunft nicht sicher ist, aber durch erneute Cystoskopie konnte man doch feststellen, daß der Eiter aus der pars Prostatica kam.

Diagnose: Prostataabszeß. Es wurde nach der üblichen Methode die Operation vorgenommen und nachbehandelt.

Obwohl die Temperatur anfänglich am ersten Tage nach der Operation auf 39,9° anstieg, fiel sie doch schnell wieder auf die Norm ab. Die Wunde heilt bei Prostatamassage. Patient wird am 1. 6. entlassen und in ambulante Behandlung gegeben.

Der Abszeß entstand in diesem Falle im Anschluß an eine Cystitis. Diese aber wollte trotz der Behandlung nicht zur Ausheilung kommen, weil der Prostataeiter immer wieder von neuem Erreger in die Blase brachte.

Fall 12. Patient, 43 Jahre alt.

Einlieferung in die Klinik am 1. 7. 1935.

Er wurde vom praktischen Arzt zur Untersuchung hereingeschickt. Eine Vorgeschichte liegt hierüber nicht vor. Es handelt sich um einen Prostataabszeß, der teils gegen das Rektum, teils gegen die Harnröhre durchgebrochen war. Die Prostata war auffallend hart. Er wurde dem praktischen Arzt zur Weiterbehandlung wieder zugeschickt, der ihm warme Sitzbäder und Salol innerlich verabreichte. Eine Gonorrhoe konnte nicht nachgewiesen werden, sondern der Abstrich ergab Staphylokokken und bact. proteus. Das Rektum stand also in offener Verbindung mit der Blase. Dieser Ausgang ist ziemlich selten, meist geschieht der Durchbruch entweder zum Rektum oder zur Blase hin. Es können leicht Kotteile vom Rektrum zur Blase wandern und damit eine schwere Cystitis einschließlich aller Nebenerscheinungen eintreten. Die Heilungstendenz ist meistens sehr getrübt.

Fall 13. Patient, 50 Jahre alt.

Einlieferung am 19. 8. 1935.

Er erzählt, er sei seit dem 8. Juli ds. Js. sehr matt gewesen und habe keinen Appetit gehabt. Dazu seien noch bald Kreuzschmerzen gekommen, die sich im Laufe einiger Tage auch auf das rechte Hüftgelenk und den Oberschenkel verzogen hätten. Ärztlich verordnete Schwitzkuren und Einreibungen hätten keine Besserung gebracht. Während der ersten 8 Tage habe auch eine hartnäckige Verstopfung bestanden. Der Appetit sei immer schlechter geworden. Erbrechen wäre nicht vorhanden und kein Blut im Stuhlgang gewesen. Ende Juli seien noch Blasenbeschwerden, hauptsächlich nachts hinzugekommen. Beim Wasserlassen habe er stark pressen müssen und dabei habe er ein Brennen in der Harnröhre gehabt.

Befund: Da keine Besserung eintrat, ging Patient in die Medizinische Klinik, wo man in der Gegend des linken Skrotumansatzes eine etwa hühnereigroße, fluktuierende, stark druckschmerzhafte Vorwölbung feststellte. Da die rektale Untersuchung in der Gegend der Prostata einen feinhöckerigen, derben Tumor von etwa Apfelgröße ergab und man bei der Blasenspülung einen Restharn von 80 ccm feststellte, wurde Patient auf die Chirurgische Station verlegt. Bei nochmaliger rektaler Untersuchung in der Chirurgischen Klinik war die Prostata druckempfindlich und zeigte deutliche Fluktuation.

Diagnose: Prostataabszeß.

Am 26. 8. wurde nach der üblichen Methode der Abszeß gespalten. Der Eiter enthielt Staphylokokken. Anschließend wurde der Abszeß am Skrotumansatz eröffnet, darauf wurde mit Jodoformgaze tamponiert.

Am 2. 9. 35 traten Schmerzen und Schwellung im rechten Hüftgelenk ein. Bewegungseinschränkung und Trochanterhochstand. Es wurde daraufhin ein Extentionsverband angelegt.

Am 9. 9. kamen dazu Lähmungen und Temperaturanstieg, Patient ist desorientiert und spricht irre. Im Liquor wurden Staphylokokken festgestellt. Am 7. 10. wurde eine Bluttransfusion von 530 ccm Blut gemacht, worauf sich der Patient kolossal besserte. Darauf wurden Bewegungsübungen mit täglicher Massage vorgenommen. Patient konnte am 10. 11. 1935 mit einem leidlichen Allgemeinbefinden entlassen werden.

Es muß der Verdacht ausgesprochen werden, daß das Desorientiertsein auf einen Hirnabszeß oder einer Meningitis beruhte, zumal im Liquor Staphylokokken gefunden wurden. Der Prostataabszeß hatte sich zum Teil schon einen Weg zum Skrotum hingebahnt. Die Infektionserreger haben vom Urogenitalsystem aus ihren Weg zur Prostata genommen, da vorher eine Urethritis und Cystitis bestanden.

Fall 14. Patient, 43 Jahre alt.

Aufnahme in die Klinik am 1. 1. 1936.

Er gibt an, daß er am 31. 12. 35 plötzlich Schmerzen bekommen habe beim Stuhlgang und Wasserlassen. Er habe oft Harndrang gehabt und dabei seien brennende Schmerzen vorhanden gewesen. Mit 6 Jahren habe er eine Blutvergiftung, mit 19 Jahren eine Osteomyelitis am linken Oberschenkel gehabt. Ferner leide er an Furunkulose.

Befund: Bei rektaler Untersuchung hat der Patient starke Schmerzen. Die Prostata ist vergrößert, nach beiden Seiten prall und stark druckschmerzhaft. Rechts ist kleine fluktuierende Stelle feststellbar. Temperatur beträgt 38 °.

Diagnose: Prostataabszeß.

Patient wird am 2. 2. operiert, der Abszeß gespalten, anschließend drainiert und tamponiert. Die bakteriologische Untersuchung des Eiters wies Staphylokokken nach. Da eine starke Cystitis auftritt, werden Blasenspülungen gemacht mit $AgNO_3$ 1 : 1000 und Rivanol. Das Gummidrain muß immer wieder ausgewechselt werden, der Abflußweg immer wieder verbessert werden, da Eiterverhaltungen bestehen. Temperatur fällt nicht zur Norm herunter. Es ist ein langsamer Kräfteverfall deutlich bemerkbar. Die Blutkultur ergibt ebenfalls Staphylokokken.

Am 12. 1. merkt man in den Glutäen der linken Seite eine harte Infiltration, die in der Mitte weich ist. Auch dieser Abszeß wird gespalten und tamponiert. Gegen Abend desselben Tages, also am 14. 1. wird der Zustand des Patienten kollapsähnlich. Am nächsten Tage wird noch eine Bluttransfusion von 500 ccm gemacht, die keinen richtigen Erfolg bringt.

Patient stirbt um 16 Uhr.

Die Sektion bestätigt die vorher gestellte Diagnose. Patient starb an Pyämie, die vom Prostataabszeß ausgegangen war. Da der Patient an Furunkulose litt und auch schon eine Osteomyelitis gehabt hatte, ist auf einen Abszeß hämatogenen Ursprungs zu schließen.

Fall 15. Patient, 40 Jahre alt.

Einlieferung in die Klinik am 5. 6. 1936.

Patient gibt an, er sei am 16. 5. an Blinddarm operiert worden. Einige Tage lang darauf habe er nichts gemerkt. Dann seien wieder Schmerzen beim Wasserlassen gekommen. Als er wieder zuhause war, habe er plötzlich den Urin nicht mehr lassen können und mehrmals katheterisiert werden müssen. Darauf sei er in die Klinik gegangen.

Befund: Bei rektaler Untersuchung wurde eine große, äußerst druckempfindliche, prall gespannte Prostata festgestellt. Temperatur 36,5°.

Diagnose: Prostataabszeß.

Am 6. 6. 36 wird in Lumbalanästhesie vom Damm her die Operation vorgenommen. Es entleert sich viel Staphylokokkeneiter. Anschließend folgt Drainage und Tamponade.

Am 9. 6. tritt Schüttelfrost nebst Herpes labialis auf. Man schöpft Verdacht auf Eiterretention. Daher wird der Abfluß verbessert.

Am 23. 6. kam noch eine Epididymitis rechts hinzu, worauf der Hoden hochgelagert und Omnadin und Olobintin abwechselnd gegeben wurde.

Da man am 2. 7. an der Vorderwand des Skrotums eine Fluktuation feststellte, wird incidiert, wobei sich viel Staphylokokkeneiter entleert. In den nächsten Tagen bessert sich der Zustand des Patienten zusehends. Die Schmerzen lassen nach, Patient kann spontan Wasserlassen. Es werden Spülungen vorgenommen und die Prostata wird massiert.

Am 8. 8. 36 wird der Patient mit leidlichem Allgemeinbefinden entlassen.

Die Diagnose Appendizitis war hier zu Unrecht gestellt worden.

Fall 16. Patient, 50 Jahre.

Einlieferung in die Klinik am 3. 10. 1936.

Er macht folgende Angaben: Vor 8 Wochen habe er Müdigkeit in den Gliedern und im Genick gemerkt, nachdem er vorher eine starke Zahnentzündung durchgemacht habe. Ferner habe er Schmerzen beim Wasserlassen und eine häufige, aber nur geringe Urinentleerung gehabt. Der Arzt habe ihm Tee für die Blasenspülung verschrieben. Es habe nichts geholfen und er sei deswegen in die Klinik gegangen.

Befund: Temperatur 38°. Bei rektaler Untersuchung fühlt man die Prostata deutlich vergrößert. Da Verdacht auf einen Prostataabszeß besteht, wird zuerst in Sacralanästhesie eine Punktion vorgenommen. Diese ergibt dicken Staphylokokkeneiter. Darauf wird vom Damm her die Prostata freigelegt und incidiert. Anschließend folgt Drainage und Tamponade, mit Einlegen eines Dauerkatheters.

Am 6. 10. wird Katheter und Drain entfernt. Patient kann spontan urinieren. Am nächsten Tag gibt Patient an, daß aus der Wunde Urin fließe. Darauf wird der Katheter wieder eingeführt.

Am 15. 10. hat sich der Patient wesentlich gebessert, Temperatur ist normal, Katheter wird entfernt und es fließt kaum noch Urin aus der Wunde.

Patient wird am 17. 10. entlassen und in ambulante Behandlung gegeben.

Bei der Operation war eine Verletzung der Harnröhre vorgekommen und daher konnte Urin durch die Wunde nach außen fließen. Dieses war aber kein wesentlicher Zwischenfall, da die Fistel sich in wenigen Tagen wieder verschlossen hatte. Entstehung des Abszesses geschah hämatogen von der Osteomyelitis des Kiefers.

Fall 17. Patient, 41 Jahre.

Aufnahme in die Klinik am 20. 4. 1938.

Er erzählt, daß er seit einigen Tagen erkältet sei und rheumatische Beschwerden an beiden Füßen habe. Seit 8 Tagen bemerke er Schmerzen beim Stuhlgang und ebenso beim Wasserlassen. Nach dem Urinieren trete leichte Blutung auf.

Befund: Bei rektaler Untersuchung wird vergrößerte, pralle Prostata festgestellt. Fluktuation ist an einer Stelle vorhanden und gerade diese Stelle äußerst schmerzhaft. Temperatur beträgt 38°.

Diagnose: Prostataabszeß. Am selben Tage wurde noch die Operation durchgeführt, indem man vom Damm her zur Prostata vordrang und den Abszeß öffnete. Es entleert sich reichlich Staphylokokkeneiter. Am 23. 4. ist die Temperatur normal.

Am 5. 5. 38 wird der Patient mit gutem Allgemeinbefinden entlassen. Die lange bösartige Erkältung und die rheumatischen Beschwerden sprechen für eine hämatogene Entstehung.

Halten wir jetzt noch einen Rückblick über die angeführten Fälle, so stellt man fest, daß

8 Abszesse hämatogen,

7 Abszesse vom Urogenitalsystem aus entstanden sind.

In 2 Fällen ist der Weg der Infektionserreger unbekannt.

Die Erreger waren meistens Staphylokokken und zwar

12 mal Staphylokokken,
1 mal Coli bac.,
1 mal Staphylokokken und bac. proteus,
1 mal Staphyl. Strept. und coli.,
1 mal Staphylokokken und Streptokokken,
1 mal unbekannt.

Beachtenswert ist, daß kein Fall von Gonorrhoe dabei ist, obwohl solche Fälle in der Literatur häufig beschrieben wurden.

Wenn man auf das Alter der Patienten schaut, so stellt man fest, daß die Jahre zwischen 40 und 60 bevorzugt sind. Es waren

1	Patient	zwischen	20—30	Jahre
3	Patienten	„	30—40	„
6	„	„	40—50	„
5	„	„	50—60	„
1	Patient	„	60—70	„
1	„	„	70—80	„

Unter 20 Jahren scheinen die Abszesse außerordentlich selten zu sein.

Von den 17 genannten Patienten konnten 13 als geheilt aus der Klinik entlassen werden. Von den 4 nicht geheilten Patienten trat im Fall 1 der Tod unter ständigem Nachlassen der Herzkraft ein. Außerdem war es vom Prostataabszeß aus zur Bildung multipler Abszesse und zur Pyämie gekommen. Man hatte bei der Einlieferung in die Klinik nicht sofort eine Operation vorgenommen, weil die Temperatur von 38,6 auf 36,7° am nächsten Tag sank. Außerdem fühlte man bei rektaler Untersuchung eine nur kleine, nicht schmerzhafte Prostata. Man hatte 11 Tage versucht, durch Blasenspülungen vorwärts zu kommen, da man den Prostataabszeß nicht

erkannt hatte. Eine Punktion der Prostata hätte die Diagnose sicherstellen und eine Operation des Prostataabszesses bei Einlieferung in die Klinik vielleicht das Leben des Patienten erhalten können.

Im Fall 9 war schon bei Einlieferung des Patienten eine Pyämie vorhanden, denn es waren im Blute hämolytische Staphylokokken gefunden worden, Patient war Diabetiker und hatte an den verschiedensten Stellen am Körper Abszesse. Hier war es von Anfang an ein erfolgloses Beginnen, eine Heilung herbeiführen zu wollen.

Aus dem Fall 11 erkennen wir, daß es nach der Operation manchmal von neuem wieder zur Eiterbildung und Einschmelzung kommen kann. Hier war bei dem Patienten eine Entleerung des Prostataabszesses vorgenommen worden, worauf der Patient nach einigen Tagen entlassen wurde. Aber nach 3 Wochen wurde er wegen allgemeiner Sepsis wieder eingeliefert.

Wie man aus der Sektion ersah, war es von neuem zur Eiterbildung gekommen. Es muß hieraus geschlossen werden, daß unbedingt für eine genügende und genügend lange Entleerung des Eiters gesorgt werden muß.

Ähnlich waren die Umstände im Falle 14, wo es wiederholt zu Eiterverhaltungen kam und der Abflußweg immer wieder verbessert werden mußte. Nur diesem Umstand ist es zuzuschreiben, daß es zur Pyämie kam.

Die beste und sicherste Therapie ist die frühzeitige Diagnose und sofortige Operation mit genügender Entleerung des Abszesses.

Wichtig ist ferner die Tatsache, daß bei Prostataabszessen nicht immer Fieber vorhanden ist. Dadurch wird natürlich die Diagnose oft sehr erschwert. Von den genannten 17 Fällen waren im ganzen 4 Fälle fieberfrei. Bei anderen schwankte die Temperatur zwischen zwischen 37 und 39°.

In drei Fällen war bei rektaler Untersuchung die Prostata nicht druckschmerzhaft und in einem Fall überhaupt nicht einmal vergrößert. Darum muß man bei allen Fällen, die das eine oder andere Symptom des Prostataabszesses zeigen und auch bei fieberhaften Fällen unklarer Herkunft immer an einen Prostataabszeß denken.

Literaturangabe

1. Belostotzki: 70 Fälle akuter eitriger Prostatitis. Ztschr. f. urolog. Chir. 1925, 17.
2. Boehminghaus: Über seltene Ausgänge von Prostataabszessen. Ztschr. f. urolog. Chir. 1924, 14.
3. Buchmann: Über Prostataabszeß. Dissert. Kiel 1935.
4. Casper: Lehrbuch der Urologie. Berlin 1903.
5. Clairmont: Zur Kenntnis der metastatischen eitrigen Prostatitis. Arch. f. klin. Chir. 1930, 160.
6. Damerau: Über das Krankheitsbild des Prostataabszesses. Dissert. Königsberg 1937.
7. v. Frisch: Die Krankheiten der Prostata. Wien und Leipzig 1910.
8. Garre-Borchard-Stich: Lehrbuch der Chirurgie.
9. Hempel: Über Prostataabszesse und Wilmsche Operation. Münch. Med. Wschr. 1926.
10. Hinrichsen: Über Prostataabszesse. Arch. f. klin. Chir. 1903, 73.
11. Jadassohn: Krankheiten der Prostata in Epstein und Schwalbes Handbuch d. prakt. Med. 1900.
12. Kappis: Chirurgische Diagnostik.
13. König: Lehrbuch der speziellen Chirurgie. 1889.
14. Minder: Über Prostataabszesse. Zeitschr. f. Urol. 1928, XII.
15. Praetorius: Deutsche Med. Wschr. 1920.
16. Pulido u. Borregla: Ref. Ztschr. f. urolog. Chir. 1926.
17. Renner: Die Chirurgie der Prostata. Handb. d. prakt. Chir. 4.
18. Strauß: Münch. Med. Wschr. 1931, VII.
19. Teplichiy: Prostataabszesse. Ref. Zbl. d. Haut- und Geschlechtskrankheiten. 41, 839.
20. Vogel: Die eitrigen Erkrankungen der Prostata. Berl. klin. Wschr. 1908, 4.
21. Zuckerkandl: Wiener klin. Wschr. 1881, 21.

Am Schlusse meiner Arbeit möchte ich nicht verfehlen, Herrn Oberarzt Dr. Bahls für die freundliche Übernahme des Referats und die gütigen Ratschläge bei Durchführung der Arbeit, meinen besten Dank auszusprechen.

Ehrenwörtliche Erklärung.

Ich versichere hiermit ehrenwörtlich, daß ich vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe angefertigt, auch keine anderen Quellen und Hilfsmittel als die darin angeführte Literatur benützt habe.

Würzburg, im September 1939.

Lebenslauf

Ich bin am 30. 4. 1912 als viertes Kind der Eheleute Bernard Ruhe und seiner Gemahlin Bernardine, geb. Röbke in Lüsche in Oldenburg geboren. Nach fünfjährigem Besuch der Volksschule kam ich aufs Gymnasium, wo ich nach neun Jahren im März 1933 die Reife erhielt. Anschließend ging ich nach Freiburg, um Zahnheilkunde zu studieren. Nach drei Semestern bestand ich dort das zahnärztliche Physikum. Darauf verließ ich Freiburg und begab mich nach Würzburg, um mich außerdem noch für das medizinische Studium einzuschreiben. Im Februar 1937 bestand ich hier das zahnärztliche Staatsexamen und das medizinische Physikum. Während meines medizinisch-klinischen Studiums habe ich nur für ein Semester Würzburg verlassen und zwar im Sommersemester 1938, wo ich an der Universität Göttingen studierte.

Jetzt, im September 1939, erhielt ich in Würzburg die ärztliche Bestallung.